

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

13

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Sadok MELLOULI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né le 18 février 1909, à Tunis (Tunisie)

**LA
PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS
EN TUNISIE**

Président: M. TANON, Professeur.

PARIS
JACQUES HAUMONT
48, rue Boissonade

61



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Sadok MELLOULI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né le 18 février 1909, à Tunis (Tunisie)

LA
PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS
EN TUNISIE

Président: M. TANON, Professeur.

PARIS
JACQUES HAUMONT
48, rue Boissonade



LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique otologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Assistance Médico-sociale	
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BERNARD (E.)..	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY ..	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-.....	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	DUTAILLIS	
DE GAUDART		PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.	SANNIE	Chimie biologique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
HAZARD	Pharmacologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
GUENIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL ...	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCC	
BRULE		CADENAT	Clinique chirurgicale.
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEROUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MON PERE ET DE MA MERE

A LA MEMOIRE
DE MA TANTE

*Sans elle, je n'aurais eu que de vagues
souvenirs de ce que peut être l'affection
maternelle.*

ET DE
MADEMOISELLE KALTOUM MELLOULI

A MON ONCLE
MONSIEUR AHMED MELLOULI

ET A MON FRERE
MONSIEUR TAHAR MELLOULI

*En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.*

A MES COUSINS ET COUSINES

A TOUS MES AMIS

A MA SŒUR

Ma plus grande affection.

A MON COUSIN

MONSIEUR MAHMOUD MELLOULI

Ma plus grande amitié.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de Médecine coloniale

Conseiller technique au Ministère de la Santé publique

Inspecteur général des Services techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
nos hommages respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RACINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine
de Paris

*Qui nous donna l'idée de cette thèse et
en souvenir de ses conférences d'externat
et d'internat.*

A MES MAITRES DE STAGES :

Le Professeur BESANÇON

Le Professeur DELBET

Le Docteur CADENAT

Le Docteur BRULE

Le Professeur LEREBoullet

Le Professeur BAUDOUIN

Le Professeur GUILLAIN

Le Professeur BRINDEAU

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

Le Docteur SAUVE

Le Docteur BASCH

Le Professeur BESANÇON

Le Professeur HEITZ-BOYER

Le Docteur STEVENIN

Le Docteur DECOUR

Le Docteur PICHON

AU DOCTEUR ROUSSEAU

Médecin de l'Hôpital Franco-Musulman

*Qui nous accepta comme interne dans
son service et qui nous réserva toujours un
accueil aimable.*

INTRODUCTION

La syphilis est une maladie à laquelle l'humanité paye un tribut assez élevé. Et si elle ne tue pas aussi rapidement que la tuberculose, autre fléau social, ses répercussions sur l'individu lui-même et sur le produit de conception constituent de graves dangers pour la société. Nous envisagerons la prophylaxie de la syphilis en Tunisie.

Et on nous a déjà fait l'objection suivante : pourquoi avons-nous spécifié la prophylaxie de la syphilis en Tunisie. Certes, une fois que le médecin et le malade sont face à face, la méthode à suivre est pour ainsi dire universelle. Et la seule question qui reste à trancher est le choix de l'un des quatre médicaments anti-syphilitiques et sa dose. Mais ne faut-il pas que le malade se décide à venir consulter et à poursuivre ensuite son traitement. Et là n'intervient-il pas des facteurs d'ordre social propres à chaque pays.

En Tunisie « les écoles primaires ne peuvent en ce moment instruire plus de 40.000 enfants sur 400.000 », pour une population de 2.335.623 habitants¹ et en Algé-

1. Recensement du 12 mars 1936.

rie la situation est pareille. « Or, d'après le recensement de 1938, on compte 5.147.000 indigènes, ce qui représente 900.000 enfants garçons et filles d'âge scolaire. Nos écoles en reçoivent 60.000. Il reste donc à construire plus de 20.000 classes pour plus de 800.000¹. »

Le nombre de ces illettrés en Tunisie fera en sorte que le malade ne pourra pas concevoir la gravité de sa maladie avec la même facilité que dans un pays où le pourcentage des illettrés est moindre. La misère dans laquelle il vit, dont nous aurons l'occasion de parler plus loin, fera que matériellement il ne pourra pas suivre un traitement de longue haleine avec une organisation de la prophylaxie de la syphilis telle qu'elle existe. Ainsi donc l'étude de la prophylaxie de la syphilis comprendra deux parties :

Une première partie médicale.

Une deuxième partie sociale.

La première partie comprendra :

1° Un historique de la prophylaxie de la syphilis en Tunisie.

2° Une étude de l'organisation médicale de la lutte anti-syphilitique : armature anti-syphilitique.

3° Un examen de cette organisation : insuffisance de l'armature anti-syphilitique.

La deuxième partie, étude des problèmes d'ordre social, pouvant soit faciliter cette prophylaxie, soit la

1. L'Algérie vivra-t-elle? Maurice Violette, Gouverneur général de l'Algérie.

rendre difficile comprendra :

1° La psychologie des Tunisiens en rapport avec la prophylaxie de la syphilis.

2° L'étude de la misère et de l'absence d'hygiène dont l'importance est telle que le problème de la prophylaxie de la syphilis devient des plus difficiles. Tel sera le plan que nous suivrons au cours de cette thèse.

3° La propagande à faire dans le milieu tunisien.

Nous tenons à spécifier que nous envisagerons la prophylaxie de la syphilis seulement dans le milieu tunisien, qui constitue la grande majorité d'après le recensement du 12 mars 1936 :

Tunisiens	2.335.623
Israélites	59.485
Européens	213.205

car on sait qu'à Tunis, par exemple, il existe l'hôpital Sadiki pour les Tunisiens, l'hôpital italien pour les Italiens et l'hôpital civil français pour les Français et les Israélites. Que l'on ne s'étonne donc pas si je ne cite pas les centres de prophylaxie de l'hôpital italien et de l'hôpital civil français.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

En Tunisie, la syphilis fut introduite à une date encore inconnue. Elle porte plusieurs noms : « la grande » maladie, « soltan », « franci ». Cette dernière nomination a fait conclure à certains auteurs que la syphilis serait une importation française en constatant que francis veut dire français.

Toujours est-il que jusqu'en 1916, « les efforts sont épars, non coordonnés » dans la lutte anti-syphilitique.

En 1916, l'autorité militaire créa le centre de dermatovénérologie sous la direction du Dr Jamin. Des accords intérieurs entre l'autorité militaire et l'autorité civile permirent de créer vers cette époque un service de traitement et de prophylaxie qui fut annexé au centre de dermatovénérologie le 25 mars 1918. Car « il importait d'agir, pour sinon guérir les individus contaminés du moins inactiver leur lésion, et rendre ainsi disponibles les jeunes gens jusqu'alors trop facile-

ment écartés. On pensait ainsi récupérer les deux tiers des exemptés ». Les résultats de ce centre furent couronnés de succès puisqu'ils permirent une récupération de 94 % des exemptés.

En 1919, le D^r Jamin créa les services annexes.

Et ce n'est que le 20 août 1920 que le Conseil consultatif d'hygiène établira les principes généraux de la lutte contre les maladies vénériennes. L'administration commença ainsi à s'occuper du fléau social.

En 1921 un crédit de 100.000 francs était réservé à « la lutte contre la syphilis ». Pratiquement c'est le 1^{er} février 1925 que s'ouvrirent les services de dermatosyphiligraphie des Hôpitaux de Tunis, confiés à la direction du regretté D^r Cassar, succédant aux services annexes du D^r Jamin. La caractéristique de ces nouveaux services c'est qu'ils étaient et qu'ils sont encore annexés à l'hôpital, plus exactement à la consultation de l'hôpital qui fournit les malades aux centres de prophylaxie. Car les services annexes du D^r Jamin étaient un organisme indépendant.

A l'intérieur du pays, la prophylaxie de la syphilis est confiée aux médecins de colonisation et aux dispensaires qui sont au nombre de trois.

Dispensaire de Sousse ouvert en 1936.

Dispensaire de Sfax ouvert en 1938.

Dispensaire du Kef ouvert à une date encore plus récente.

Alors qu'en Tunisie il a fallu attendre 1925, en France,

le 8 mars 1916, étaient établies les bases d'un service autonome et, « le 12 mars, s'ouvrait au 60 du boulevard Arago le premier service de l'institut prophylactique ». Le 14 décembre de la même année, il était reconnu d'utilité publique. Et depuis, son expansion fut telle qu'il a pu inaugurer, le 27 novembre 1926, ses nouveaux immeubles au 36-38 de la rue d'Assas et qu'il a multiplié le nombre de ses dispensaires comme il se doit quand il s'agit de combattre un fléau social tel que la syphilis.

En 1933, pour toute la Tunisie il y avait le centre de dermato-syphiligraphie de Tunis alors que, pour Paris et le département de la Seine, il y avait 17 dispensaires dépendant de l'Institut prophylactique de la rue d'Assas.

ARMATURE ANTI-SYPHILITIQUE

Les centres urbains de Tunis, de Sousse, de Sfax et du Kef sont seuls pourvus de centres prophylactiques.

A Tunis, depuis le 1^{er} février 1925, fonctionne le centre de dermato-syphiligraphie.

A Sousse, à Sfax depuis 1936, au Kef depuis une date plus récente fonctionnent les dispensaires polyvalents dont l'organisation est la suivante. Sous la direction d'un seul médecin fonctionnent une consultation externe de médecine, un service de pansement externe, une consultation de la prophylaxie de la syphilis et une consultation de la prophylaxie de la tuberculose. Tout cela, sous la direction d'un seul médecin, c'est vraiment lui demander l'impossible que de lui demander de s'acquitter convenablement de sa tâche d'autant plus que le dispensaire qu'il dirige est le seul de la région. Ces dispensaires sont également chargés de la prophylaxie du trachome et du paludisme.

Le contrôle sérologique est assuré pour les trois premières régions, pratiquement pour Tapis et Le Kef, par l'Institut Pasteur de Tunis. Les quatrième et cinquième régions, c'est-à-dire Sousse et Sfax, disposent de deux

services de sérologie, dus à l'initiative privée, fonctionnant sous le contrôle de l'Institut Pasteur.

Malgré l'insuffisance de cette organisation, l'indice thérapeutique individuel, c'est-à-dire le nombre de piqûres par malade et par an, est passé de 2,13 en 1926 à 8,19 en 1933. C'est là incontestablement un résultat positif, mais pas suffisant. Car une comparaison avec l'élément européen permet de constater que cet indice est passé de 8,5 en 1925 à 18,23 en 1933. L'effort doit être poursuivi et intensifié dans le milieu tunisien. Quant à l'organisation du service social urbain, le peu de renseignements que nous avons pu avoir nous obligent à ne rien dire à ce sujet.

Telle est l'organisation de la prophylaxie de la syphilis dans les milieux urbains. Et malheureusement, on peut dire que telle est l'organisation de la prophylaxie de la syphilis tout court, alors que la population rurale représente les trois quarts des habitants du pays¹.

Dans le bled elle est confiée aux médecins de la colonisation, qui sont dans la plupart des cas la seule autorité médicale de la région et qui ont à leur charge tout ce qui peut se présenter comme étant pathologique dans la région. Si la tâche du médecin du dispensaire est écrasante, celle du médecin de colonisation est anéantissante. Ajoutons à cela que les tournées du médecin

1. Les populations rurales ont été évaluées à 1.858.359 sur total de 2.335.623. Revue de politique étrangère : Evolution du peuplement en Afrique du Nord, par I. Paye.

de colonisation sont parfois mensuelles et que le contrôle sérologique est inexistant dans le bled. Comme résultat de cette lutte antisypilitique dans le milieu rural, nous reproduisons ceci : « Il (le médecin de colonisation) estimait que, sur 1.500 malades qu'il avait traités, 7 % avaient suivi une cure complète de six injections, 33 % n'en avaient reçu que trois à cinq et les 60 autres % une ou deux », et c'est là la moyenne approximative un peu partout.

Telle est l'organisation de l'armature antisypilitique en Tunisie; notons avant de finir qu'à Tunis le dispensaire de dermato-syphiligraphie dispose de 40 lits réservés pour les vénériens d'origine rurale qui présentent de graves lésions contagieuses et qui ne peuvent se payer un long séjour à Tunis.

Devant une pareille organisation dont nous examinerons l'insuffisance dans le chapitre suivant, le rapporteur du Congrès de syphilis de 1934 de Tunis écrivait : « Le programme de lutte antivénérienne, dont une partie est déjà réalisé, ou en voie de réalisation, permettra de diminuer, nous en avons la certitude, les ravages occasionnés par ce fléau, et d'alléger dans l'avenir, pour une large part, les *charges déjà lourdes* qui pèsent, du fait de la syphilis, directement ou indirectement, sur les services d'assistance du pays. »

« Les charges déjà lourdes » ont atteint, en 1932, 3,4 % du budget. Nous les examinerons dans le chapitre suivant avec détail.

INSUFFISANCE DE L'ARMATURE ANTISYPHILITIQUE

L'idée d'associer dans un même dispensaire la prophylaxie de la tuberculose et de la syphilis est très bonne. Il nous semble logique de chercher à mener de front la prophylaxie de ces deux fléaux sociaux, quand ça ne serait qu'à l'avantage du tuberculeux-syphilitique. L'idée d'adjoindre une consultation dans le but d'alimenter ces deux centres de prophylaxie est également bonne. Le Tunisien ne viendra pas consulter pour sa syphilis ou pour sa tuberculose.

Mais la réalisation a été défectueuse et largement insuffisante. Dans ce chapitre nous proposerons :

- a) la réorganisation des dispensaires polyvalents et leur multiplication;
- b) la création de baraques-dispensaires dépendant du dispensaire central. Ici nous envisagerons le cas des nomades;
- c) nous étudierons enfin les possibilités budgétaires.

a) *La réorganisation et la multiplication des dispensaires polyvalents existants.*

Un seul médecin dirigeant les trois branches d'un dispensaire tel qu'il en existe ne peut s'acquitter convenablement de sa tâche comme nous l'avons écrit; et pour en être convaincu, il suffit de penser aux difficultés que rencontrent les médecins de dispensaires spécialisés pour l'une ou l'autre branche dans les autres pays et cela avec l'armature médicale dont ces pays disposent. C'est pourquoi nous estimons utile pour la bonne marche de ces dispensaires de nommer à la tête de chaque spécialité un médecin; pour chaque dispensaire il devrait y avoir :

- un médecin pour la prophylaxie de la syphilis;
- un médecin pour la prophylaxie de la tuberculose;
- et un médecin pour la consultation; pour faire la consultation et alimenter les deux autres services.

Ensuite il est incontestable que trois dispensaires pour toute la population tunisienne en dehors de Tunis sont d'une insuffisance qu'il serait absurde de chercher à démontrer. Chaque centre important de la Tunisie doit avoir son dispensaire polyvalent : Bizerte, Beja, Souk-El-Arba, Kairouan, Gafsa, etc.

b) *La création de baraques-dispensaires dépendant du dispensaire central.*

Une fois ces dispensaires créés, il serait naturel de créer pour les populations rurales des baraques-dispensaires consistant soit en une boutique, soit en une véritable baraque que l'on construirait dans les centres où la population rurale atteint un chiffre donné, 10.000 habitants par exemple. Ces baraques-dispensaires dépendront du dispensaire central, seront sous son contrôle et sous sa direction médicale. Le médecin du dispensaire réservera une matinée pour chacune de ces baraques-dispensaires dépendant de lui; il pourra traiter ainsi ses malades plus facilement que s'il restait à son centre, où ils ne pourraient pas venir se faire traiter d'une façon continue à cause des frais de transport, de l'éloignement vu l'état de misère de ces habitants dont nous parlerons avec détails dans le second chapitre.

Pour les nomades, la question est des plus difficiles incontestablement. Deux méthodes cependant s'offrent à nous pour organiser la prophylaxie dans le milieu mouvant.

On peut soit adopter la méthode que le Dr Thamer proposa dans sa thèse de Paris (1938) pour les tuberculeux. Des dispensaires ambulants suivront ces nomades dans leurs voyages qui sont périodiques et pour ainsi dire toujours les mêmes. On peut soit adopter la méthode que le Dr Le Tohic proposa dans sa thèse de Paris

(1933) pour « les immigrants ». Les nomades, comme les immigrants, seront soumis à une visite médicale obligatoire et gratuite à leur arrivée dans un bled. Un carnet personnel montrera le traitement qu'ils ont déjà suivi. Mais cela nécessite l'existence dans ce bled d'une baraque-dispensaire au moins, c'est-à-dire la réalisation du schéma de programme que nous proposons pour établir une prophylaxie antisypilitique efficace en Tunisie.

c) Mais cette réalisation est-elle possible?

Le budget tunisien permet-il de réorganiser les centres existants et d'en créer d'autres? C'est incontestablement le point crucial. Nous aurions estimé n'avoir pas fait œuvre utile si le budget tunisien devait répondre par la négative.

Certes, dès le moindre examen des courbes de toute sorte, courbes montrant le nombre de piqûres annuelles, courbes montrant la statistique des syphilitiques nouveaux pris en charge, courbes du nombre des examens bactériologiques et sérologiques, on est frappé par le mouvement ascensionnel depuis la création d'un budget autonome pour la syphilis, c'est-à-dire depuis 1920.

Mais il n'est pas moins vrai qu'en 1932 les frais de gestion ont absorbé 66 % du budget, soit 391 millions, et qu'en la même année l'Office d'hygiène social dépensait 3.700.000 francs pour le trachome, le paludisme, la tuberculose et la syphilis, c'est-à-dire 0,6 % du bud-

get. La prophylaxie de la syphilis, sujet qui nous occupe, coûta, en 1932, 386.000 francs. Nous attirons votre attention sur le fait que, en France, à côté de l'Etat, le Département et la Ville dépensent pour la localité et qu'en Tunisie un pareil système n'existe pas. Les dépenses faites par l'Etat représentent 100 % des dépenses faites pour telle branche sanitaire. Disons aussi que la situation n'a pas varié dans de grandes proportions depuis 1932. Il suffit d'examiner ce tableau qui représente le pourcentage des dépenses faites pour l'hygiène sociale et l'assistance en Tunisie, en un mot pour la santé publique de toute la Tunisie :

En 1932, les dépenses représentaient 3,4 % du budget.

En 1938, les dépenses représentaient 3,8 % du budget.

Pour 1939, les dépenses prévues sont de 4,38 % du budget.

En 1939, sur un budget de près de 900 millions, on prévoit 39.500.000 francs pour la santé publique, c'est-à-dire 8 millions de plus qu'en 1938. Mais le budget a augmenté de 104 millions.

Ainsi donc, la question que nous avons posée au début de cette étude, de la possibilité budgétaire pour la réorganisation de la prophylaxie de la syphilis sur une base plus solide, trouve sa réponse dans les chiffres officiels que nous venons de reproduire. Les pourcentages 3,4 %, 3,8 %, 4,38 %, que nous avons pu établir grâce à une simple règle de trois, montrent que les autorités responsables semblent s'acheminer vers une améliora-

tion. Mais leurs efforts sont tellement faibles qu'il est permis de se demander si la réalisation de n'importe quel plan efficace de la réorganisation de la prophylaxie de la syphilis n'est pas remise aux calendes grecques.

DEUXIEME PARTIE

LA PSYCHOLOGIE DES TUNISIENS ET LA SYPHILIS

Le Tunisien, en tant que musulman et pratiquement en ce qui concerne le domaine médical, n'est pas un fataliste. Certes, il croit en la toute-puissance de Dieu. Mais le croyant catholique ou israélite est-il fataliste parce qu'il croit en la puissance divine. Nous ne le pensons pas.

« Travaille pour ce monde comme si tu devais vivre éternellement et travaille pour l'autre monde comme si tu étais à la veille de ta mort », a dit le prophète. Un peuple auquel sa religion impose un tel principe ne saurait être fataliste de lui-même. Et pratiquement et populairement, le Tunisien n'est pas fataliste. Jamais il ne désespère devant la maladie. Sa devise est que Dieu a créé la maladie et le remède. C'est là un dicton populaire que l'on pourrait entendre dans toutes les classes de la société. La classe éclairée appellera le médecin; la classe ignorante utilisera la médication empi-

rique, d'autant plus facilement qu'ignorance et misère se rencontrent dans le même foyer. Le mabrouca, préparation à base de salsepareille, est la médication anti-syphilitique la plus employée.

Et l'on pense avoir tout dit, tout expliqué en parlant du mektoub : « Leur ignorance de l'évolution de la maladie, surtout leur insouciance et leur fatalisme, le mektoub, en sont les causes principales » (de l'abandon du traitement) ». Quand le Tunisien dira : mektoub ? C'est une fois qu'il est devant le fait accompli. Dans le cas qui nous occupe, il le dira une fois que le malade est mort. Mais tant qu'il est vivant, il appellera le médecin ou il utilisera la médication empirique suivant ses possibilités intellectuelles et matérielles.

Et de suite disons que si le peuple est si ignorant, ce n'est pas sur le compte de la religion qu'il faut mettre le fait. Celle-ci met l'instruction autant de l'homme que de la femme au rang d'un devoir religieux et engage l'individu à poursuivre son instruction « du berceau au tombeau ». Autrefois, tout le monde savait lire et écrire grâce aux études koraniques. Aujourd'hui, cet enseignement est délaissé et les écoles ne peuvent recevoir que 40.000 sur 100.000 enfants en âge de fréquenter les écoles.

Ainsi donc, la psychologie des Tunisiens est loin d'avoir ce caractère fataliste que l'on veut lui prêter et favoriserait la prophylaxie de la syphilis. Celle-ci serait encore plus facile quand on aurait su que la syphilis

n'a pas le caractère honteux qu'elle a en Europe et qu'a la tuberculose en Tunisie, par exemple. Et pour cela, nous citerons deux faits. Un jour, en plein salon, en présence de personnes de tout âge, M. X nous demanda si tel traitement était bon, car il était syphilitique. Dans un autre cas, le Dr Y apprenait à son patient qu'il était syphilitique d'une façon discrète et fut étonné quand celui-ci demanda à haute voix ce qu'il y avait de honteux à avoir la syphilis, ce en quoi il avait entièrement raison.

Cette étude rapide de la psychologie des Tunisiens permet de se rendre compte combien devrait être facile la prophylaxie de la syphilis en Tunisie. Cependant, c'est une tâche des plus dures non seulement du fait de l'insuffisance de l'organisation médicale, mais aussi à cause de la grande misère du peuple tunisien et de son ignorance des règles d'hygiène comme du reste.

LA MISÈRE ET L'HYGIÈNE

Si la psychologie des Tunisiens permet une prophylaxie facile de la syphilis, la grande misère et l'absence d'hygiène, surtout chez la population rurale, rendent cette prophylaxie des plus difficiles. Et nous préférons reproduire les deux passages où les D^{rs} Félix Masselot et Edouard Bloch traitent de la misère urbaine et rurale¹. Pour la population urbaine ils concrétisaient les faits qu'ils citaient par un exemple que voici :

« Famille Ben R..., rue du Charbon. Le père mort de tuberculose pulmonaire en 1932. La mère vivante; trois fils (21, 16 et 13 ans) morts entre 30 et 31 de tuberculose pulmonaire; une fille de 14 ans qui vient de mourir de tuberculose pulmonaire; quatre autres enfants au-dessous de 10 ans actuellement indemnes; quatre familles indemnes présentement de contagion — fait à souligner — partagent la même maison que la famille Ben R... Cette demeure comprend un patio pour tous

1. VIII^e Congrès National de la Tuberculose, Marseille, 1935. Masson & C^{ie}, éditeurs.

et quatre chambres; une chambre par famille où tout le monde s'entasse l'hiver et l'été.

« Le père a contaminé ses quatre aînés. La maladie a mis la famille dans la misère. La mère la fait vivre péniblement en faisant quelques ménages. Elle est aidée par la charité d'amis et de voisins, comme il est fréquent chez les indigènes.

« L'alimentation est constituée par une nourriture fortement épicée, en dépit de tous les conseils, arrosée d'eau et de thé fort bu en abondance. Ni œufs, ni lait, ni viande, les moyens ne le permettant pas.

« L'intérieur est misérable, le mobilier se compose de deux lits; le soir, tout le monde couche pêle-mêle sur des matelas et des nattes.

« La dernière malade, lorsqu'elle est vue par la visiteuse, est installée au fond de la chambre, à l'endroit le plus sombre, pour éviter l'air; assise sur une natte, elle est entourée par une dizaine de femmes qui jaccassent.

« Elle a subi pendant des semaines le traitement des matrones, à savoir : une tasse à café d'huile d'olive le matin, de l'infusion de feuilles d'olivier, de la décoction de tournesol qui a entraîné une éruption généralisée.

« Sous l'influence de la visiteuse, la malade fait une cure à peu près rationnelle. Il est impossible de la faire servir du crachoir neuf qu'on lui a apporté. Elle consent pour faire plaisir à user d'une vieille boîte de con-

servez. La famille ne peut ni laver au savon ni désinfecter la chambre, ses ressources étant trop modestes. Il a été impossible d'obtenir une alimentation rationnelle, un unique secours de 50 francs a été délivré par une société de bienfaisance musulmane.

« La visiteuse a toujours été bien reçue, écoutée poliment. Elle a obtenu par son intelligence et sa patience quelques résultats; mais tous ses efforts ont été brisés devant l'obstacle irrémédiable : la pauvreté. »

Pour la population rurale, les mêmes auteurs citaient ce qu'avait écrit Decour sur la misère de certaines populations indigènes des territoires du Sud : « Nous les avons vus, pendant des années de disette, manger de l'herbe; les distributions, faites par le gouvernement, farines, dattes, etc., sont très onéreuses et insuffisantes. Par la suite de la sécheresse constante, du manque d'eau, les récoltes y sont rares; aussi les habitants mangent-ils parfois l'orge qui leur est prêté comme semence et ne la remboursent-ils jamais. Ils se contentent de quelques dattes, de figues, d'un peu de lait et de quelques grains d'orge grillé. Vêtus d'étoffes usées, de dimensions insuffisantes, couvrant le thorax, l'abdomen, descendant à mi-cuisse, ils sont soumis, dans des gourbis mal protégés, dans des tentes souvent déchirées, à toutes les variations de température. Accroupis l'hiver autour d'un canoun dégageant de l'oxyde de carbone et lorsqu'ils dorment, la tête complètement enveloppée dans un burnous. »

Ce qu'ont décrit les D^{rs} Mélix Masselot et Edouard Bloch est malheureusement trop vrai. Certes, certaines familles tunisiennes font l'exception. Dans ces foyers, la joie de vivre a une raison d'être. Mais ce qu'ils ont décrit représente la majorité des foyers.

Nous avons vu que la proportion des illettrés est la même en Algérie qu'en Tunisie. La misère est également la même : « On peut dire que le logement, le vêtement, la nourriture sont réduits chez le plus grand nombre à un degré de simplicité qu'on ne saurait dépasser sans revenir à l'époque préhistorique de l'âge des cavernes¹. » Nous reproduisons ce passage pour démontrer d'une façon rapide qu'en Algérie la prophylaxie de la syphilis rencontre les mêmes difficultés qu'en Tunisie. Telle est la grande misère.

Quant à l'hygiène, elle n'est pas connue de la population rurale, et surtout ne le lui reprochons pas, l'état antihygiénique où elle vit. Car la complète ignorance et la grande misère en sont responsables en très grande partie et plongeraient n'importe quel autre peuple dans la même situation fort peu souhaitable. Quant à la population urbaine, elle observe certaines règles d'hygiène. Les milieux dont parlent les D^{rs} Masselot et Bloch couvrent presque tous les ans leurs murs de chaux vive, ce qui permet déjà une désinfection relative. Mais que

1. Proesseur Soulié : Rapport sur l'assistance médicale aux indigènes.

de règles d'hygiène sont inconnues de ces milieux ! Quant aux familles tunisiennes qui font l'exception et dont nous avons parlé plus haut, elles ont adopté plusieurs règles d'hygiène importées d'Europe à leur avantage. Ce qui ne justifie plus le fait de dire qu' « en milieu musulman, la syphilis est une maladie assez fréquemment contractée dès l'enfance et dans le milieu familial même », par contagion bien entendu.

Par contre, l'Europe aurait à gagner en empruntant notre hygiène individuelle. Tout le monde sait que le musulman doit faire ses ablutions plusieurs fois par jour pour pouvoir faire ses prières. Et cette règle religieuse est observée par une majorité dans toutes les classes de la société.

Bien entendu, nous ne parlerons pas de ceux que le sort a même trop déshérités et qui sont nombreux même à Tunis. Ce sont les mendiants, les cireurs, les habitants des bidons-villes, desquelles la ville de Tunis semble se désintéresser. Ils représentent l'ultime effet de la misère.

Nous avons parlé ainsi longuement de la misère et de l'hygiène en Tunisie pour soutenir le fait qu'elles peuvent expliquer, en tenant compte également du nombre des illettrés, toute la difficulté que la prophylaxie de la syphilis peut rencontrer en Tunisie et faire concevoir le peu de la possibilité de son rayon d'action avec l'organisation médicale actuelle.

Ainsi donc, non seulement il faut un effort du côté

médical, mais aussi il faut que le gouvernement puisse combattre cette misère et réussir à donner à chacun le moyen de pouvoir subvenir à ses besoins familiaux. Quant à l'hygiène, il faut pratiquer ce qu'on a appelé « la propagande éducative » de la masse; c'est le devoir de la jeune génération qui a eu les moyens de connaître le bienfait de l'hygiène de répandre les notions préliminaires dans tous les milieux qui en sont encore privés.

LA PROPAGANDE POUR LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

La propagande nécessaire est toujours utile à faire pour amener les syphilitiques à se faire traiter. Cependant, cette propagande doit se faire de front avec la multiplication des dispensaires nécessaires. Quand on dira au Tunisien de se protéger contre la syphilis ou de guérir sa maladie, on doit mettre à sa disposition les lieux où il pourrait se faire soigner. C'est pourquoi cette propagande, dont nous reconnaissons l'utilité incontestable, ne saurait rendre le maximum de ce qu'on est en droit d'attendre d'elle que si on est décidé à construire les dispensaires et les baraques-dispensaires, formant un véritable réseau antisiphilitique à travers le pays, nécessaire à la prophylaxie de la syphilis en Tunisie.

Cette propagande doit commencer à l'école, se poursuivre dans la rue et rendre le maximum dans l'armée.

C'est dans l'école, dès le plus jeune âge, que les enfants doivent commencer à avoir les premières notions d'hygiène générale et de prophylaxie de la syphilis entre autres fléaux.

Dans les agglomérations, tout ce qui peut répandre l'idée que la syphilis est une maladie grave et qu'elle peut être traitée doit être utilisé.

Dans tous les endroits publics doivent être affichés les portraits de personnes non traitées et de personnes traitées; la distribution de tracts peut éveiller la curiosité de quelques-uns et les pousser vers un centre de prophylaxie.

Des causeries à travers le pays, illustrées par des films représentant les dégâts que peut faire la syphilis à côté des merveilles du traitement antisypilitique, doivent être assurés par des autorités médicales responsables.

Des disques de phonographes peuvent être distribués à tous les cafés maures de la régence avec ordre de le faire entendre au public qu'ils doivent mettre en garde contre la syphilis.

La T.S.F. est encore un moyen de propagation des idées d'hygiène. Seulement on ne peut s'adresser qu'aux milieux qui sont en possession d'appareils déjà coûteux.

Apposition d'affiches, tracts, causeries, films, disques de phonographe doivent être rédigés en arabe si le but est de répandre des notions de prophylaxie de la syphilis et d'être compris de ceux auprès desquels on veut faire cette propagande.

Un moyen, non des moins efficaces, peut être utilisé. Les prédicateurs du vendredi pourraient dans leurs dis-

cours envisager une question de l'hygiène en général, de temps en temps, sans délaissier pour cela les questions religieuses qu'ils traitent.

Ils pourraient rendre de grands services à la collectivité. Mais cela doit dépendre de leur seule volonté. L'Office d'hygiène ne saurait sous aucun prétexte leur en imposer l'usage. A ceux d'entre eux qui croient en l'utilité de pareils sermons appartient le droit de commencer à travers le pays toute une propagande, non seulement en ce qui concerne la prophylaxie de la syphilis, mais aussi en ce qui concerne l'hygiène en général.

Enfin, dans le milieu militaire, la propagande antisiphilitique est à faire dans le but que les jeunes soldats seraient eux-mêmes poussés à faire par la suite cette propagande dans leur douar, une fois leur service terminé. Et dès leur entrée dans la caserne, un examen sérologique, systématique devrait être fait. Et les syphilitiques d'entre eux pourraient profiter d'une cure complète de traitement antisiphilitique durant les trois ans de leur service militaire.

La propagande reste enfin à faire dans le milieu « des prostituées », élément de contagion par excellence. Dans ce milieu, le contrôle médical doit être étendu à toutes les prostituées et dans toute la Tunisie.

CONCLUSION

L'effort en faveur de la prophylaxie de la syphilis en Tunisie est donc médiocre. Le corps médical s'est acquitté de sa tâche de son mieux en tenant compte des crédits mis à sa disposition. On aurait pu lui faire le reproche d'entreprendre une médication qui, entreprise dans les conditions où il l'a fait, ferait plus de mal que la syphilis elle-même. Mais il s'en est rendu compte. « Enfin, notre confrère s'est demandé avec une certaine inquiétude quelle serait à distance le résultat de ses efforts dans la lutte antisiphilitique ainsi menée dans le bled et il a ajouté ; « Il est permis de se demander si c'est bien un service que nous rendons à ces malades et si nous ne préparons pas, pour l'avenir, de terribles neurorécidives imputables non aux médicaments, mais à l'insouciance de nos patients, réfractaires à nos méthodes et totalement indifférents à ce qui n'est pas le moment présent. »

Ce que l'auteur de ces lignes craint est peut-être im-

putable en partie à l'insouciance de ses patients, mais il est surtout imputable :

1° à l'analphabétisme de la population (40.000 sur 400.000 enfants trouvent des places dans les écoles);

2° à la grande misère où se débat tout un peuple;

3° enfin et surtout à l'insuffisance de crédits mis à la disposition de ceux qui sont chargés de la prophylaxie de la syphilis.

Nous revenons sur le fait que le budget de 1932 a prévu moins de 3.700.000 francs, soit 0,6 % du budget pour la lutte contre le paludisme, le trachome, la tuberculose et la syphilis à laquelle l'Office d'hygiène sociale a réservé en la même année la somme de 386.000 francs, pour une population de 2.335.623 habitants.

Avec de tels crédits le corps médical ne pouvait pas mieux faire qu'il n'a fait. Et seul le défaut de toute organisation rationnelle reste responsable de la situation présente et de l'avenir de ces malades insuffisamment traités. Si, au cours de cette thèse, nous avons proposé la réorganisation des dispensaires polyvalents, leur multiplication et la création de petits centres de prophylaxie, baraques-dispensaires, dépendant de chaque dispensaire, c'est parce que nous pensons que c'est notre devoir de le proposer, du moment que notre budget en permet la réalisation.

Et si l'on entend entreprendre sérieusement la lutte

antisypilitique, on devra :

- 1° combattre l'analphabétisme;
- 2° combattre la grande misère du peuple;
- 3° voter les crédits nécessaires, au détriment des frais de gestion qui, en 1932, ont représenté les 66 % du budget contre 0,6 % pour l'hygiène sociale, c'est-à-dire le paludisme, le trachome, la tuberculose et la syphilis.

Et pour avoir des chiffres plus récents, nous reproduisons une seconde fois le tableau qui représente le pourcentage des dépenses faites pour l'hygiène sociale et l'assistance en Tunisie :

En 1932, ces dépenses représentaient 3,4 % du budget.

En 1938, ces dépenses représentaient 3,8 % du budget.

Pour 1939, les dépenses prévues sont de 4,38 % du budget.

Vu: Le Doyen,
TIFFENEAU

Vu: le Président de la Thèse,
TANON

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

CHAUVIN (L.). — *La syphilis dans le milieu militaire tunisien; l'incidence des maladies vénériennes, fonctionnement du centre de dermato-vénérologie; aperçu clinique.* (Congrès de Médecine de Tunis, mars 1934; Tunisie Médicale, décembre 1934.)

MAZÈRES ET RAYNAL ET L. CHAUVIN. — *La lutte contre la syphilis en Tunisie.* (Tunisie Médicale, mai 1934.)

D^r Habib THAMER. — *La lutte antituberculeuse en Tunisie.* (Thèse de Paris, 1938.)

D^r Joseph LE TOHIC. — *L'Institut prophylactique, ses dispensaires, ses méthodes, son rôle social.* (Thèse de Paris, 1933.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
--------------------	----

PREMIERE PARTIE

Historique	15
Armature antisyphilitique	18
Insuffisance de l'armature antisyphilitique ...	21

DEUXIEME PARTIE

La psychologie des Tunisiens et la syphilis	27
La misère et l'hygiène	30
La propagande pour la lutte contre la syphilis.	36
CONCLUSION	39

